



**CERTIFICATO MEDICO PER L'ACCOMPAGNAMENTO AL VOTO  
DI SOGGETTI PORTATORI DI HANDICAP FISICO**

(D.P.R. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni)

Si certifica che il/la signor/a .....

nato/a a ..... il .....

residente in .....

via ..... n° .....

documento di identità ..... n° .....

rilasciato da ..... il .....

è portatore di handicap fisico che lo rende impossibilitato ad esercitare autonomamente il diritto di voto (\*) .....

..... )

Si rilascia il presente certificato, su richiesta dell'interessato/a, perché lo/la stesso/a sia ammesso/a ad esercitare il diritto di voto accompagnato/a da una persona di sua fiducia, a norma degli articoli 55 e 56 del D. P. 30/03/1957 n° 361 e successive modifiche ed integrazioni.

IL MEDICO INCARICATO  
(timbro e firma)

Data, .....

(\*) **NOTA BENE: cecità, amputazione degli arti superiori o delle mani, paralisi degli arti superiori, o altro impedimento di analoga gravità, riferibile alle citate patologie**